

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤等不要薬受領書

施設名											
	責任薬剤師登録番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									
不要薬返却者	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> その他 () 患者登録番号 <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
不要薬受領日	年 月 日										
不要薬数量	該当するものにチェックのうえ数量をご記入ください										
	<input type="checkbox"/> サレドカプセル	100mg ×	カプセル								
		50mg ×	カプセル								
		25mg ×	カプセル								
	<input type="checkbox"/> レナリドミドカプセル「FNK」	5mg ×	カプセル								
2.5mg ×		カプセル									
不要となった理由	<input type="checkbox"/> 本剤服用中止 <input type="checkbox"/> その他 ()										

藤本製薬株式会社
TERMS 管理センター へ

記入日 年 月 日

サリドマイド製剤等不要薬受領書

施設名										
	責任薬剤師登録番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								
不要薬返却者	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> その他 ()									
	患者登録番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								
不要薬受領日	年 月 日									
不要薬数量	該当するものにチェックのうえ数量をご記入ください									
	<input type="checkbox"/> サレドカプセル	100mg ×	カプセル							
		50mg ×	カプセル							
		25mg ×	カプセル							
	<input type="checkbox"/> レナリドミドカプセル「FNK」	5mg ×	カプセル							
2.5mg ×		カプセル								
不要となった理由	<input type="checkbox"/> 本剤服用中止 <input type="checkbox"/> その他 ()									
廃棄方法	<input type="checkbox"/> 藤本製薬回収廃棄 <small>注1)</small> <input type="checkbox"/> 医療機関廃棄 <small>注2)</small>									

注1)不要薬を藤本製薬で廃棄の場合、この用紙と不要薬をMRへお渡しください。

後日、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターよりサリドマイド製剤等不要薬受取通知書をお届けいたします。

注2)不要薬を医療機関で廃棄の場合、この用紙を藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ FAX 等 (FAX#、タブレット端末による画像送信、郵送又はMRによる搬送) により提出してください。*(FAX 番号 0120-007-121)

※医療機関にて控えが必要な場合はコピーをお取りください。

【 藤本製薬 MR 記入欄 】

不要薬受領者	
不要薬受領日	年 月 日